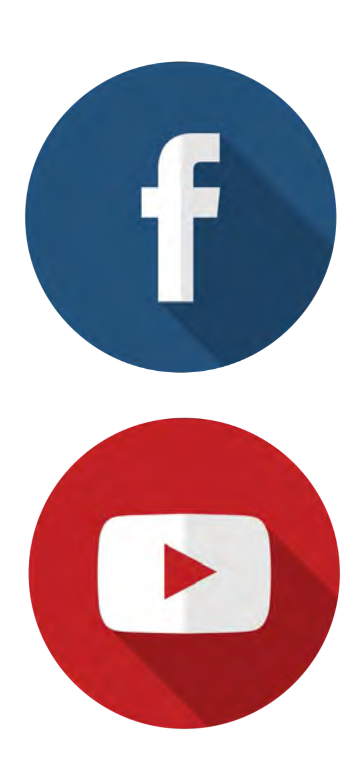
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Tumeurs gastriques

Dr M.Kheloufi

Chirurgie oncologique « A »

Centre Pierre et Marie Curie - Alger

Le cancer de l’estomac

- 2ème cancer digestif
- 2ème cause de mortalité par cancer
- 2012 il y avait environ 952000 nouveaux cas dans le monde.
- 738 000 décès par cancer de l'estomac / an / monde .
- 72% sont diagnostiqués dans les pays en voie de développement .
- diminution de son incidence pays développés (éradication HP).
- région endémique ; Asie de l’est : japon, chine, Corie (50/100 000)
- augmentation de la localisation proximale (cancer du cardia).
- la chirurgie est le seul traitement curatif .
- la survie globale à 5 ans 25 %.

- **Rôle de l'alimentation :**

  - **facteurs favorisants:** (dérives nitrés)

  - les viandes et les poissons salés , fumés et séchés.
  - l'alcool et le tabac

  - **facteurs protecteurs :**

  - légumes et les fruits frais
  - nutrition riche en vit A et C

- **facteurs génétiques :**

  - groupe sanguin A rhésus positif
  - 1 à 3% il existe un syndrome héréditaire avec une prédisposition génétique ; (HNPCC, PAF, CGDH, syd Peutz Jeghers)

- **origine géographique :**

  - niveau de développements , niveau socio économique bas

- **lésions précancéreuses :**

OMS : état précancéreux : état clinique associé à un risque significativement élevé de survenue du cancer .

a – polypes gastriques :

- hyperplasique
- adénomateux ; +++++, taille sup 2 cm



b- Gastrite chronique atrophiques de Biermer :

- vraie condition précancéreuse
- atrophie glandulaire et épithéliale
- métaplasie intestinale
- étiologie multifactorielle (alimentaire, infection HP +++)

c – ulcère gastrique chronique :

- 2 % , impose des biopsies systématiques



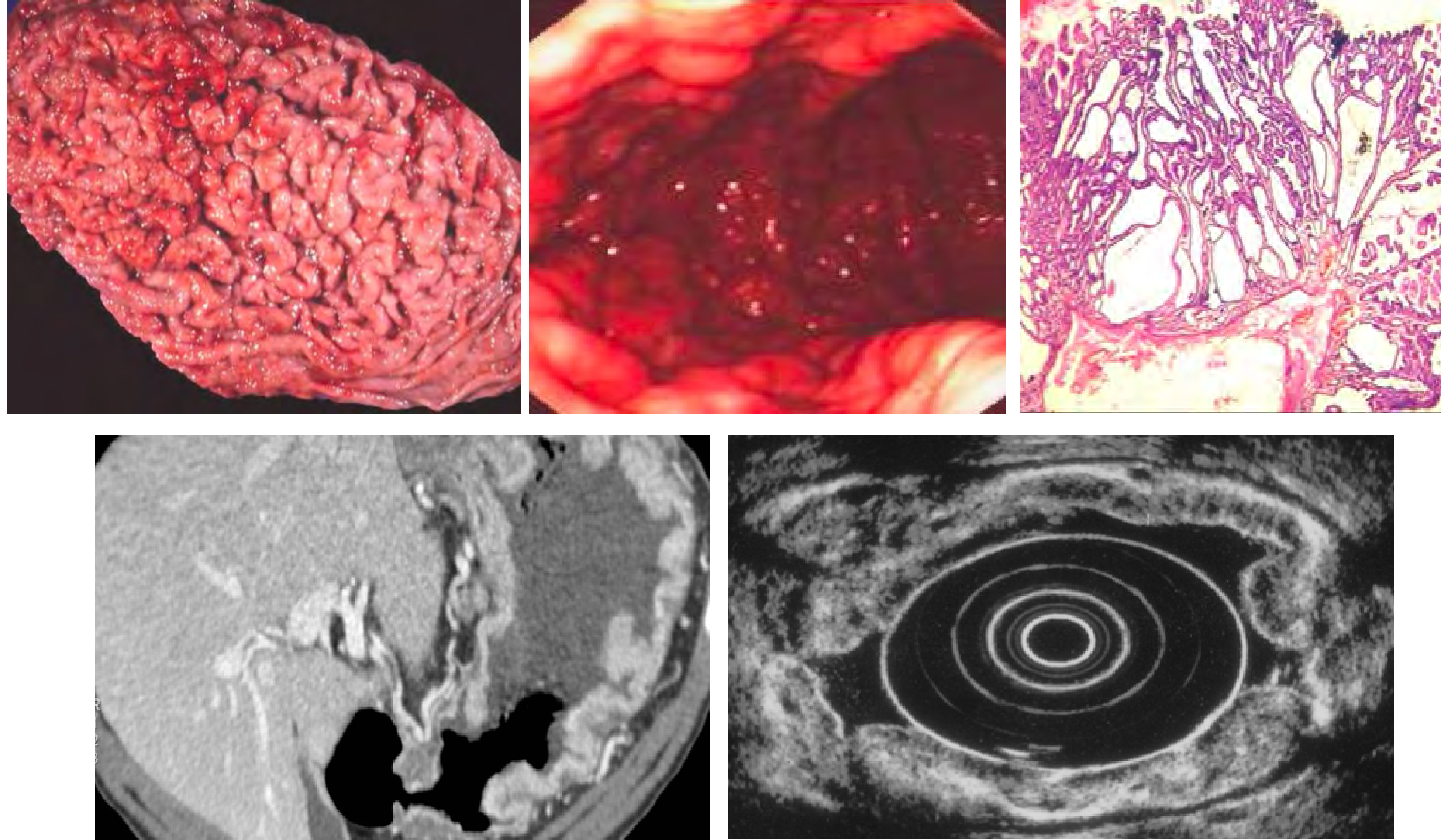
d – gastrectomies partielles :

- risque élevé après 15 ans
- cancer prés de la bouche anastomotique
- reflux biliaire / hypochlorhydrie /Dysplasie /Cancer

e - Maladie de Ménétrier :

- risque de dégénérescence dans 10 à 20 %
- gastropathie hypertrophique avec hypersécrétion acide

f - Hélicobacter pylori :



Anatomie pathologique

- 90 % ce sont des adénocarcinomes
- Siège : 60 % antrale,

  20 % petite courbure

  20 % grande courbure et fundus

macroscopie : aspect endoscopique

- bourgeonnante ; polypoide, végétante
- infiltrante ; forme linite gastrique
- ulcéré ; cancers ulcériforme



Dans la majorité des cas ces 3 formes sont associées (cancer en lobe d’oreille)

- Microscopie :

- Classification histologique de l 'OMS ; basée sur des éléments cytologiques et architecturaux
  - adénocarcinome papillaire
  - adénocarcinome tubuleux
  - adénocarcinome mucineux
  - adénocarcinome à cellules indépendantes
  - carcinome adénosquameux
  - carcinome épidermoïde
  - carcinome à petite cellules
  - carcinome indifférencie

- **Classification de Lauren** : elle inclut des critères histologiques , architecturaux, et le mode d'extension : 2 formes :
  - **forme intestinale :** adénocarcinome tubulé ou papillaire bien différencié, bien limité en périphérie .
  - **forme diffuse :** cellules indépendantes, mucosécrétantes , mal limitées , mauvais pronostic .

• La linite plastique :

- variété anatomo – clinique particulière de ADK gastrique



- Endoscopie:

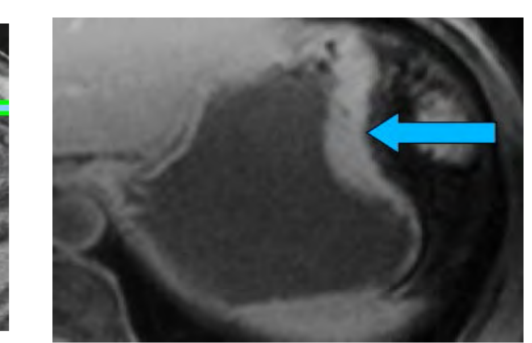
Induration pariétale, estomac à gros plis rigides se laissant difficilement insuffler

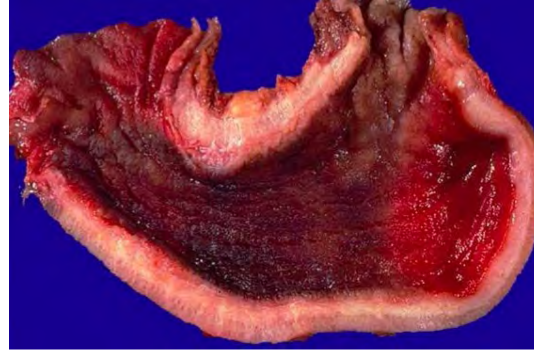
Anatomo-pathologique :

Macro: induration , épaississement blanchâtre de la paroi gastrique



Micro: habituellement adk à c indépendantes, un stroma abondant, fibreux infiltrant toute la paroi gastrique





Mode d'extension:

a- Par contiguïté :

vers les organes voisins (pancréas, colon, foie, vésicule et œsophage, pédicules vasculaires , paroi abdominale,....)

b- Par voie lymphatique :

les métastases ganglionnaires sont précoces

les ganglions régionaux sont d'abord envahis dans le territoire de drainage de la tumeur.

c- Par voie sanguine:

les métastases peuvent se développer à distance ; le foie, les poumons, les surrénales, les ovaires, les os, la thyroïde et la peau.

d- Par voie péritonéale: Carcinose péritonéale , tumeur ovarienne de *Krukenberg*.

Rationnel dans le curage ganglionnaire

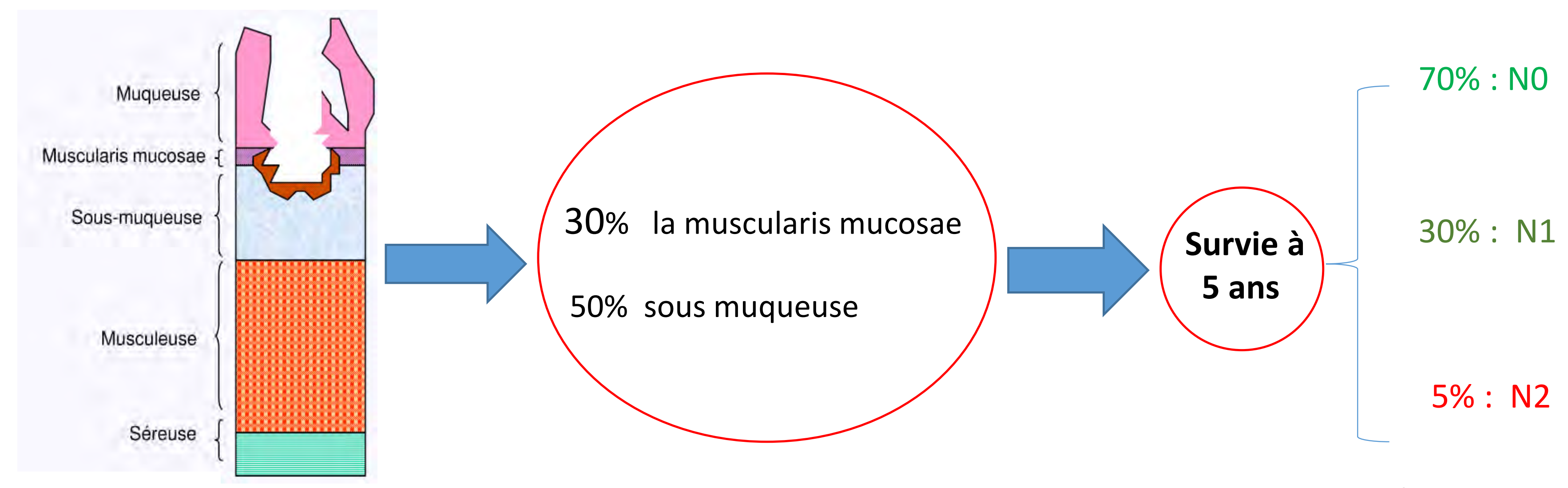
- Risque d'envahissement ganglionnaire

étude sur 5625 patients; cancer bien différencié

- intra muqueux <30 mm avec ulcère
- intra muqueux sans ulcère qq soit sa taille
- Sm1 sans emboles lymphatiques ni vasculaires

Envahissement ganglionnaire 0%

Gotoda T Gastric cancer 2000;3:219-25



C.Mariette;J Chir 2008,145

Classification TNM (UICC) 2009

T : Tumeur primitive

- **Tx** Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive.
- **T0** Pas de signes de tumeur primitive.
- **Tis** Carcinome *in situ* : tumeur intra-épithéliale sans invasion de la lamina propria, dysplasie de haut grade.
- **T1** T1a : Tumeur envahissant la lamina propria ou la musculaire T1 muqueuse.

  T1b : Tumeur envahissant la sous-muqueuse.
- **T2** Tumeur envahissant la musculeuse.
- **T3** Tumeur envahissant la sous-séreuse.
- **T4** T4a : Tumeur perforant la séreuse.

  T4b : Tumeur envahissant les structures adjacentes.

N : Adénopathies régionales

- **Nx** Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies.
- **N0** Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.
- **N1** Envahissement de 1 à 2 ganglions lymphatiques régionaux.
- **N2** Envahissement de 3 à 6 ganglions lymphatiques régionaux.
- **N3** N3a : Envahissement de 7 à 15 ganglions lymphatiques régionaux.

  N3b : Envahissement de 16 ou plus ganglions lymphatiques régionaux.

M : Métastases à distance

- **M0** Pas de métastases à distance.
- **M1** Présence de métastase(s) à distance.

Diagnostic

le diagnostic est souvent tardif.
Signes cliniques non spécifiques
60 – 80 % épigastralgies + amaigrissement

- **Signes d'appel:**
  - Altération de l'état général
  - Amaigrissement
  - Anorexie
  - Nausées
  - Vomissements
  - masse épigastrique
  - anémie

- **Signes fonctionnels :**
  - Douleur épigastrique,
  - Méléna, hématémèse
  - Diarrhée
  - Dysphagie en cas de cancer du cardia,
  - Vomissement en cas de cancer du pylore

Signes paranéoplasiques :
- Phlébite des membres inférieurs
- Fièvre

- **Examen clinique**

L'examen clinique au moment du diagnostic est souvent normal.

- une masse épigastrique
- hépatomégalie : métastases hépatiques
- de l' ascite qui évoque une maladie évoluée avec de la Carcinose péritonéale.
- touchers pelviens ; (TV) métastases ovariennes (tumeur de Krukenberg)
- un ganglion de Troisier (ganglion sus-claviculaire gauche).

Examens complémentaires

- **La fibroscopie digestive haute :**

 - L’endoscopie digestive est à l’origine du diagnostic du cancer dans 95% des cas. Elle permet :

– de confirmer l’aspect macroscopique de la tumeur,

– de préciser sa taille, sa localisation

– permet d’envisager le type du traitement chirurgical

– permet de réaliser des biopsies (8 à 12)

- **Transit oeso-gastro duodénal :**
 n’a plus d’intérêt actuellement sauf dans les tumeurs sténosantes proximales (image lacunaire, addition, sténose , rigidité)

- **Radiographie du thorax :**
  La radiographie du thorax permet de rechercher des métastases pulmonaires.
- **Echographie abdominale :**
  la recherche d'adénopathies, ascite, de métastases hépatiques, masses ovariennes
- **L'examen tomodensitométrique : TDM TAP**
  - l'envahissement ganglionnaire et trans pariétal
  - permet de suspecter l'envahissement d'un organe de voisinage.
  - Métastases à distance ,ascite , Carcinose péritonéale .
- **L'echoendoscopie :**

L'échoendoscopie permet de préciser l'envahissement pariétal de la tumeur et d'envisager l'envahissement ganglionnaire. Cet examen est intéressant dans les tumeurs de stade précoce

- **La coelioscopie :**
  - doute sur l'existence d'un envahissement locorégional
  - doute sur l'existence d'une Carcinose péritonéale
  - meilleur stagging pré thérapeutique

- **Les marqueurs tumoraux :**

 - ACE, CA 72.4 et le CA 19 –9 ; une valeur pronostique dans la surveillance post-opératoire.

 - Ils ne sont pas spécifiques

- **Signes biologiques :**
  - Anémie
  - Syndrome inflammatoire (VS, CRP)

- **IRM abdominale :**

  contre indication à la TDM

- **TDM cérébrale et scintigraphie osseuse** ; à la demande

FORMES CLINIQUES

FORMES TOPOGRAPHIQUES:

- **Cancer du cardia**: Il se révèle par des signes œsophagiens avec dysphagie basse, régurgitation et éructation douloureuse.
- **Cancer antro-pylorique:** C'est la forme la plus fréquente, il se révèle par un syndrome de sténose pylorique posant le diagnostic différentiel avec une sténose d'origine ulcéreuse.

FORMES ANATOMIQUES :

- **Linite plastique**: se révèle par une induration de la muqueuse à la fibroscopie, son diagnostic est radiologique ;l'aspect d'un estomac tubulisé. Le pronostic est sombre.
- **Cancer superficiel :**

  limité à la muqueuse sans extension à la sous-muqueuse.

  Son évolution est lente et son pronostic est bon.

- **Formes compliqués :**

  - perforation tumorale :

    péritonite par perforation d'un ulcère gastrique

    ou une grosse tumeur gastrique

  - sténose ;

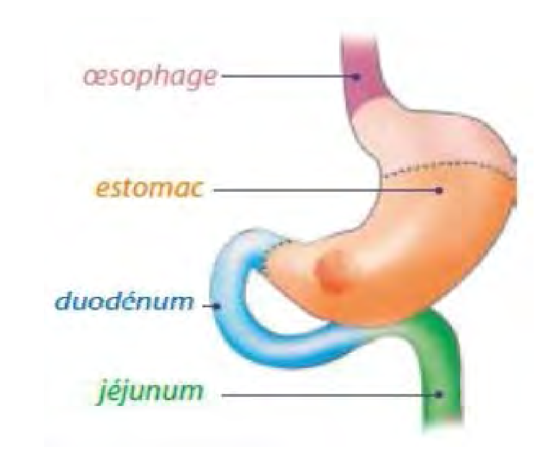
    souvent antropylorique , estomac dilaté de stase ,

  dgc différentiel avec les sténoses cicatricielles

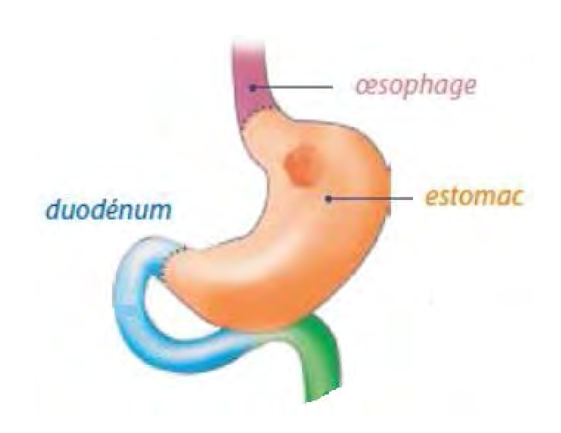
  - hémorragies ; hématémèse , méléna , répétées, obligent à faire la résection tumorale même dans un contexte palliatif

Traitement

- Le seul traitement curatif : c'est la chirurgie
- L'objectif de la résection chirurgicale, est d'obtenir une résection curative complète (résection R0).
  - des résections gastriques
  - des curages ganglionnaires



- Exérèses locales pour des tumeurs superficielles ne dépassant pas la muqueuse (mucosectomie)
- Gastrectomie partielle distale, tumeur de petite taille bien limitée et localisée à l'antre



- Gastrectomie totale pour les tumeurs de la partie moyenne et proximale de l'estomac
- Oesogastrectomies pour les cancer du cardia